

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jacques BELLOCQ

né le 7 janvier 1936 à BAYONNE (Basses-Pyrénées)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE STATISTIQUE DE LA
TUBERCULOSE GENITALE

A propos de 64 observations étudiées dans le service
de Mr. le Professeur MAYER.

Président : Mr. M. LEPAGE, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER

2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	GARCIN (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LACOMME (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MERGER (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	RENARD (G.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	AUBRY (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MARIE (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	BERNARD (E.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	COSTE (F.)
Clinique toxicologique	DECHAUME (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	ROUX (M.)
Sémiologie médicale	LEMAIRE (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Necker)	PADOVANI (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.)
	(LHERMITTE (F.)
	(PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COQUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) DOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAGLIFO EL. m. conf.	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARSAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) LEDOUX-LEBARD (G.)		
Dermato-Syphiligraphie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Electro-Radiologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hématologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Histologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)	Pathologie médicale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.) ALBANARY (C.) PERTUISET (B.) LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Maladies infectieuses			
Médecine légale			
Médecine du travail			
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARGE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME,

dont l'aide me fut si précieuse dans
la rédaction de cette thèse.

A MA FILLE,

A MES PARENTS,

A TOUS MES AMIS,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPAGE

qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, et avec mes
remerciements respectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153510_0015

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE MAYER

qui m'a accueilli dans son service
comme externe, et qui m'a inspiré
le sujet de cette thèse.

En hommage très respectueux
de toute ma gratitude pour l'enseignement
toujours si profitable qu'il m'a prodigué.

A MON MAITRE,

Monsieur le DOCTEUR LAFFAILLE,

ancien chef de service

à l'Institut Pasteur de Paris.

En respectueux hommage de gratitude
pour la façon toute paternelle dont il
dirigea mes études médicales.

A mes Maîtres en Externat,

Monsieur le Docteur SOUPAULT,

Monsieur le Professeur agrège J. RAVINA,

Monsieur le Professeur AUSSANNAIRE,

Monsieur le Docteur POUMAILLOU,

Monsieur le Professeur agrège FLAS.

Monsieur le Professeur MAYER.

A mes Maîtres en Obstétrique,

Monsieur le Professeur agrégé J. RAVINA

Monsieur le Professeur agrégé MUSSET,

et dans le service de

Monsieur le Professeur MAYER,

Monsieur le Docteur DUBOST,

Monsieur le Docteur HENRION,

Monsieur le Docteur COHEN,

Monsieur le Docteur LEBRET.

A Monsieur le Docteur XAVIER CAMENEN,

qui par ses conseils, a été pour moi
un guide d'une extrême bienveillance.

Qu'il reçoive ici l'expression de ma
sincères reconnaissance.

A Madame DUMAINE,
Infirmière de la consultation
de gynécologie,

en remerciement pour son aide précieuse.

INTRODUCTION

La tuberculose génitale qui frappe la femme à toutes les étapes de sa vie, a suscité et soulève encore une vive émulation dans la recherche des moyens de dépistage et thérapeutiques.

Depuis 1946, le problème a considérablement évolué. L'étape purement diagnostique, contemplative de la tuberculose génitale dépassée, l'étape médicale a amené un bouleversement du pronostic, allant de la stérilisation des lésions à un retour à l'état normal des tissus atteints, et même dans quelques cas heureux, à la survenue de grossesses.

Reprenant un travail présenté au congrès de MONTREAL (1961) par Monsieur le professeur MAYER, nous nous proposons dans cette thèse de rapporter, sous une forme schématique, les circonstances cliniques et diagnostiques, ainsi que les traitements et les résultats de 64 cas observés de 1951 à 1963.

CIRCONSTANCES CLINIQUES DES 64 CAS OBSERVES

	de 1951 à 1954	de 1957 à 1961	de 1961 à 1963
- <u>syndrome péritonéo-pelvien :</u>			
avec ascite	3	1	
- <u>syndrome annexiel :</u>	6	3	3
- <u>Stérilité :</u>			
primaire	10	8	8
secondaire		1	1
- <u>examens de routine :</u>			
- pour métrorragies.....	4	2	3
- pour dysménorrhées.....		1	1
- pour aménorrhées.....	1	3	
- pour leucorrhées.....	1	3	
- pour fièvre ondulante et vitesse de sédimentation augmentée		1	

CIRCONSTANCES CLINIQUES

Les aspects cliniques de la tuberculose génitale, au cours de ces dernières années, se sont notablement modifiés. Diminution des formes classiques au profit des formes latentes et inapparentes.

En effet, nous n'avons pu relever entre 1961 et 1963 aucun cas de tuberculose génitale découverte au cours d'un syndrome péritonéo-pelvien, alors que de 1951 à 1957, 4 cas de tuberculose se révélèrent ainsi.

A cette même période, 12 tuberculoses génitales se sont manifestées par un syndrome annexiel aigu.

La recherche des causes de stérilité a permis de constater que la tuberculose génitale inapparente en est une des causes prépondérantes. (5 % des cas à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, Netter 5 %, Brst 10 %). 26 stérilités primaires se révélèrent d'origine tuberculeuse, ainsi que deux stérilités secondaires.

Parmi ces cas, nous signalons la découverte d'un cancer :

Mme C. (obs. 30), 35 ans, consulte pour stérilité I,
B.E. : tuberculose endométriale.

Traitement antibiotique pendant 3 mois :

B.E. : Persistance de nodules lymphoïdes.
prolongation du traitement 3 mois.

Un an plus tard, examen de contrôle :

B.E. : pas de tuberculose.

F.K. : classe IV.

Biopsie du col : épithélioma indiquant une hystérectomie totale sans conservation annexielle.

Tuberculose génitale n'équivaut cependant systématiquement à infertilité, et nous avons relevé :

Un cas de tuberculose post-abortum :

Mme K (obs. 60), 45 ans, 13 grossesses, consulte pour méno-métrorragies survenues après retour de couches.

H.S.G. : cavité suspecte.

B.E. : tuberculose typique active.

Traitement médical : antituberculeux.

Un cas de tuberculose post-partum :

Mme R. (obs. 20), 38 ans,

consulte pour syndrome annexiel 2 mois après le retour de couches d'une 9^e grossesse.

Traitement médical : 1 an.

Des examens de routine pour métrorragies, dysménorrhées, aménorrhées, leucorrhées, ont permis, pour leur part, d'établir 20 diagnostics de tuberculose génitale, aussi bien à la puberté qu'après la ménopause, et en association avec d'autres affections génitales :

Mlle L., 15 ans,

consulte pour aménorrhée secondaire et leucorrhée apparue depuis 4 mois.

L'examen bactériologique des frottis vaginaux révèle une tuberculose.

Traitement médical.

Melle B. (obs. 27), 50 ans,
ménopausée depuis 2 ans, jamais de grossesse, consulte
pour métrorragie.

H.S.G. : Oblitération des trompes.

B.E. : tuberculose endométriale (follicules giganto-épithéloïdes).
Traitement médical.

B.E. de contrôle : pas de tuberculose.

Mme B. (obs. 54), 66 ans,
ménopausée à 47 ans, jamais de grossesse consulte pour
métrorragies.

A l'examen : masses annexielles bilatérales, indiquant :
hystérectomie + annexectomie.

Histologie : révèle une salpingite tuberculeuse ancienne cal-
cifiée et surinfectée.

Mme L. (obs. 62), 45 ans, péritonite
tuberculeuse à 20 ans, consulte pour métrorragies.

F.K. : classe IV.

Biopsie du col : carcinome épidermoïde.

L'histologie, après hystérectomie totale décèle : un carcinome
localisé au plan muqueux du col, et une salpingite tuberculeuse
bilatérale active.

Mme C. (obs. 56), 29 ans, primo-infection à 17 ans,
consulte pour dysménorrhée,

Toucher vaginal : Douglas grenu faisant suspecter une endométriose.

Coelioscopie : granulations translucides sur les trompes qui
sont épaissies et congestives ; un petit noyau bleuté sur le liga-
ment lombo-ovarien, typique d'endométriose.

B.E. : tuberculose endométriale.

Traitement : antituberculeux + S.H. 639.

FREQUENCE D'ANTECEDENTS ET RELATION AGE

TUBERCULOSE GENITALE

- Découverte d'antécédents : 33 observations sur 64, (51,5 %).

antérieurs à	ganglion- naires	pulmonai- res	rénaux	péritonéo- pelviens
1 an		1		1
5 ans		3		3
10 ans		3	1	3
15 ans	1	7		3
20 ans				3
25 ans		2		2
plus de 25 ans	1			

- Age de découverte de la tuberculose génitale :

antérieur à	syndrome annexiel	péritonéo- pelvien	stérilité	examen de routine	chirurgie
15 ans	1				
20 ans	1	1		1	
25 ans	1	1	6	3	
30 ans	3		7	4	
35 ans	4	1	11	2	
40 ans	2		2		
45 ans			1	4	
plus de 45 ans		1		4	2

FREQUENCE D'ANTECEDENTS ET RELATION AGE
TUBERCULOSE GENITALE

- La moyenne d'âge d'établissement du diagnostic se situe entre 25 et 35 ans (50 % des cas). Cela s'explique en grande partie par le fait que c'est surtout à cette période, que l'on recherche les causes de stérilité.

- La fréquence élevée d'antécédents tuberculeux remonte le plus souvent à moins de 15 ans (78,7 % des cas), on peut donc en déduire que dans la plupart des cas, le début de la maladie se situe à la puberté ou vers la 20^e année. De là l'importance primordiale de la découverte, lors d'un simple virage de cuti ou d'une primo-infection plus ou moins bruyante, d'une aménorrhée transitoire, ou d'une dysménorrhée secondaire.

A l'appui de cette déduction, citons quelques observations :

Melle L. (obs. 16), 20 ans, primo-infection à 17 ans traitée par repos, consulte pour leucorrhée.

L'examen bactériologique de frottis diagnostique la tuberculose.

Melle L. (obs. 14), 15 ans, aménorrhée secondaire et leucorrhée apparues 4 mois avant, consulte pour syndrome anxieux. On diagnostique une salpingite tuberculeuse bilatérale.

Mme H. (obs. 38), 24 ans, consulte pour aménorrhée secondaire et leucorrhée, coïncidant avec une primo infection, une grossesse

normale 3 ans avant.

B.E. : tuberculose endométriale active.

Dans les deux derniers cas peut se poser le problème de la primo-infection génitale. Bien qu'il soit difficile de l'affirmer, il n'en demeure pas moins probable qu'une surveillance sévère de l'évolution de la première atteinte tuberculeuse et un traitement précoce auraient pu éviter ces complications. C'est là la position actuelle des pédiatres qui demandent un traitement sérieux pour toute primo-infection un peu sévère, et une surveillance attentive pour le simple virage du cuti.

Par ailleurs, la découverte dans les antécédents, d'atteinte tuberculeuse mono ou pluri-viscérale, laisse supposer la possibilité d'une localisation génitale passée alors, inaperçue.

L'établissement d'un diagnostic plus précis et complet grâce aux examens complémentaires, est donc essentiel.

L'étude détaillée de certains d'entre eux soulignent l'intérêt de chacun, mais aussi et surtout celui de leur association.

APPORT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

44 diagnostics sur 64 observations - (68,7 %).

Nombre de cas diagnostiqués en premier lieu par :

Biopsie de l'endomètre	22
H.S.G.	12
Coelioscopie	2
Laparotomie	1
Curetage biopsique	3
Histologie de polype	3
Examen bactériologique de frottis	1
Culture du sang des règles	0

Examens pratiqués :

B.E. : 32 dont 23 positives.

H.S.G. : 24 toutes avec anomalies plus ou moins typiques.

Coelioscopie : 11, dont 5 faisant suspecter une tuberculose.

BIOPSIE DE L'ENDOMETRE

(à la sonde de Novak)

Sa seule pratique, comme moyen d'investigation, a complètement modifié le diagnostic de la tuberculose génitale.

Les prélèvements sont toujours effectués à la phase sécrétoire terminale, où les lésions histologiques ont des chances d'être développées au maximum.

Parmi les cas observés, notons la disparition presque totale des lésions grossières de nature tuberculeuse évidente : pas de cas de tuberculose céséuse ou macro-nodulaire.

Un seul cas de tuberculose micro-nodulaire :

Mme L. (obs. 41), 19 ans,
syndrome pelvien apparu un an après grossesse normale.

B.E. : tuberculose micro-nodulaire.

Traitement médical : en 2 mois, regression des signes pelviens
et B.E. : négative.

Par contre, les désormais classiques "follicules giganto-épithéloïdes de l'endomètre" ont été retrouvés dans 21 cas, et toujours retenus comme suffisants pour le diagnostic.

Il est à noter toutefois que leur aspect peut être très variable.:

Typique : Mme H. (obs. 37), 44 ans, stérilité I.

B.E. : muqueuse farcie de follicules, présentant du centre à la périphérie une ou plusieurs cellules géantes, puis des cellules épithéloïdes, le tout entouré d'une couronne lymphocytaire.

atypique : Mme C. (obs 56), 29 ans,

examen de routine pour dysménorrhée.

B.E. : 2 nodules lympho-épithéloïdes sans trace de cellules géantes.

Coelioscopie : granulations jaunâtres typiquement tuberculeuses.

Entre ces deux cas extrêmes, de nombreuses variantes existent, mais qui, reconnues, ne doivent pas tromper un anatomopathologiste averti, et plus particulièrement il faut signaler la possibilité d'une étiologie différente: les corps étrangers, soit huileux (lipiodol), soit cristallins (médicaments injectés ou insufflés).

Les follicules lymphoïdes posent un problème particulier.

Leur présence isolée n'a jamais autorisé un diagnostic, mais leur existence sur un endomètre antérieurement tuberculeux a toujours indiqué la prolongation du traitement.

Mme K. (obs. 40), 27 ans,

examen de routine pour aménorrhée I.

B.E. : follicules giganto-épithéloïdes.

traitement : streptomycine : 3 mois.

Revue 3 ans plus tard :

B.E. : follicules lymphoïdes nombreux.

traitement : I an : streptomycine - rimifon - P.A.S.

Après traitement :

B.E. : disparition de toute anomalie.

Mme C. (obs. 55), 35 ans, stérilité I.

B.E. : follicules giganto-épithélioïdes.

traitement : rimifon - streptomycine : 3 mois.

2 mois après la fin du traitement :

B.E. : nombreux follicules lymphoïdes.

Reprise de rimifon : 6 mois.

B.E. de contrôle : aucun anomalie notable.

En raison des renseignements divers qu'elle apporte, la B.E. est de plus en plus employée. De 1951 à 1963, 1143 furent pratiquées dont 490 lors des deux dernières années et plus la moitié pour recherche de stérilité.

Elles ont permis d'établir 22 cas de tuberculose génitale, soit 1,9 %. Ce pourcentage se situe entre ceux donnés par Sutherland (1,1 %), Rabau (5 %) et Laffont (6 %).

Pourtant si les renseignements ainsi obtenus sont les plus valables, il est de nombreux cas où la B.E. reste muette ou faussement négative (James-Bory). Il est nécessaire alors de baser le diagnostic sur d'autres arguments.

HYSTEROSALPINGOGRAPHIE

Classiquement, certaines images radiologiques sont reconnues comme évocatrices de tuberculose génitale (Ekengreen) (Dalsace - Hoeffel et Vallée) :

- rigidité des trompes avec parfois dilatation distale, images en tuyau de pipe ou en canne de golf.

- trompes moniloformes en chapelet.

- lacune des parois tubaires.

- images marécageuses, irrégulières, anfractueuses de la cavité utérine, image en "mie de pain".

- symphises (synéchies) ou strictions endo-utérine.

- calcifications ganglionnaires.

- passage vasculaire.

D'autres images, telle celle d'hydrosalpinx ou celle d'hyperplasie diffuse de la muqueuse utérine, ne permettent pas d'évoquer un diagnostic.

Dans les cas observés ont été retenues comme premier argument valable : 12 H.S.G... Trois furent confirmés par d'autres examens complémentaires, et neuf seulement, par la clinique et l'existence d'antécédents.

- I sur des images de synéchies endo-utérine (obs. 58).

- 3 sur des images marécageuses, anfractueuses, en "mie de pain" de la cavité utérine (obs. 25 - 26 - 52)
- 3 sur des images de trompes moniliformes en chapelet (obs. 10 - 15 - 57)
- 5 sur rigidité des trompes avec parfois dilatation distale (en canne de golf) (obs. 12 - 21 - 35 - 36 - 63).

Si toutefois, en aucun cas, le diagnostic ne fut affirmé sur leur seule vue, signalons à leur crédit 2 observations où, malgré la négativité de la B.E., elles étayèrent le diagnostic :

Mme L. (obs. 63), 22 ans, stérilité I,
antécédents : tuberculose familiale, écrouelles à 10 ans..
B.E. : négative.

H.S.G. : utérus à bords irréguliers, déchiquetés.

Trompe droite en tuyau de pipe. Trompe gauche rigide, dilatée à la partie interne et très importante effraction vasculaire.

coelioscopie : adhérences trompe - ovaire droit.

Traitement : rimifon + trécator : 4 mois.

Intervention pour plastie -

Histologie : péritonite plastique d'origine probablement tuberculeuse, mais sans signes de tuberculose active.

Mme K. (obs. 12), 31 ans, stérilité I,
pleurésie tuberculeuse 3 ans avant, traitée par streptomycine.
H.S.G. : trompes rigides et phénomène plastique péri-tubaire.

B.E. : pas d'anomalie.

culture du sang des règles : négative.

Intervention pour plastie : découverte de 2 pyosalpinx dont l'histologie montre la nature tuberculeuse.

Ainsi, l'H.S.G., malgré les risques d'erreurs, par ressemblance avec, diverticuloses, endométrioses et synéchies utérines post-curetages, n'en demeure pas moins un argument de valeur. Nous l'avons retrouvée dans 24 observations : 12 fois elle permit une forte suspicion du diagnostic ; 12 fois elle compléta utilement les autres examens et permit toujours de suivre l'évolution du processus tuberculeux.

COELIOSCOPIE

Nous emprunterons à Palmer la description des 4 aspects classiques :

- forme miliaire : Trompes très congestives parsemées à leur surface d'un semis de petites granulations jaunâtres.
- forme nodulaire : Nodosités plus ou moins nombreuses sur l'une ou les deux trompes, séparées par des zones rétrécies.
- forme adhésive : Nombreuses adhérences pelviennes auxquelles s'ajoutent des granulations caractéristiques.
- forme pseudo-salpingitique : Aspect banal d'une salpingite chronique, mais la conservation des franges de Richard évoque la tuberculose.

En fait, dans nos observations, ce sont toujours les granulations typiques qui ont fait poser le diagnostic :

Mme J. (obs. 11), 23 ans,
syndrome péritonéo-pelvien avec ascite.

2 grossesses antérieures.

Toucher vaginal : annexite gauche.

Coelioscopie : découverte de granulations typiques.

Traitement médical : streptomycine - P.A.S. - Rimifon :
disparition en 3 mois de tous les signes de tuberculose.

Mme L. (obs. 61), 31 ans, stérilité I, pleurésie tuberculeuse 12 ans avant.

Coelioscopie : granulations typiques sur péritoine et colon.

H.S.G. : trompes rigides avec dilatation distale (canne de golf).

B.E. : négative.

Laparotomie : granulations tuberculeuses à l'histologie

Traitement : 14 mois.

Intervention pour plasties : il n'existe plus aucune granulation.

Signalons maintenant 2 cas montrant la possibilité d'erreur dans l'interprétation de la coelioscopie.

Mme Ch. (obs. 55), 36 ans, stérilité I.

H.S.G. : suspicion de tuberculose.

Coelioscopie : adhérences sur l'ovaire droit. Nodules blanchâtres sur la face postérieure du ligament droit, faisant suspecter une endométriose.

A l'histologie, après intervention pour plasties, découverte de tuberculose ancienne encore active.

Mme R. (obs. : annexe), 24 ans,

Examen de routine pour une aménorrhée secondaire au cours d'une primo-infection, et stérilité I.

B.E. et H.S.G. ne montrent rien de suspect.

Coelioscopie : semis de granulations blanchâtres d'aspect caséux, de toute la région pelvienne.

L'histologie, après biopsie par voie haute, montre qu'il s'agissait de kystes germinatifs calcifiés.

Il résulte de ceci que l'examen direct reste bien souvent le seul valable, d'où l'intérêt de la laparotomie.

Palmer, ayant mis au point une nouvelle technique associant prélèvement dirigé et coelioscopie, on est en droit d'espérer qu'elle permettra de grouper

en un seul examen les résultats de la coelioscopie et de la laparotomie.

Nous avons retrouvé parmi nos observations 11 coelioscopies :

2 ont établi le diagnostic de façon certaine,

3 ont confirmé les autres examens complémentaires,

6 ont laissé un doute.

Notons enfin les résultats positifs qui furent apportés par :

- le curetage biopsique : 3 cas :

obs. 17 : Mme O. 41 ans, consulte pour métrorragies.

obs. 60 : Mme K. 45 ans, consulte pour métrorragies post-abortionum, abortum.

obs. 42 : Mme L. 45 ans, consulte pour leucorrhée.

- l'examen histologique de polypes :

obs. 3 : Mme B. 44 ans.

obs. 43 : Mme M. 52 ans.

obs. 64 : Mme T. 23 ans.

- l'examen bactériologique des frottis vaginaux :

obs. 16 : Melle L. 20 ans, consulte pour leucorrhée.

La culture du sang des règles ou des sécrétions cervico-utérines, examen encore peu pratiqué en France, n'a jamais pu éclairer le diagnostic. Sur 12 cultures, aucun résultat positif, alors que 11 fois la tuberculose endométriale fut confirmée par la B.E. Cet examen, présentant pour certains auteurs, une valeur indiscutable (Halbrecht - Keller et surtout Kirchoff : 75 % de résultats positifs), cela nous amène à penser qu'il nécessite une technique très au point, et ne peut donc encore être considéré comme faisant partie du domaine de la pratique courante.

En conclusion, rappelons que les examens complémentaires ont permis le diagnostic 44 fois sur 64 observés (68,7 %).

Cela ne signifie pas pour autant que dans les 20 cas restants, la tuberculose génitale n'était pas suspectée. En effet, si le diagnostic ne fut pas confirmé par des examens complémentaires, il n'en demeure pas moins que dans 1 cas il était fortement envisagé grâce aux seuls signes cliniques, et à l'existence d'antécédents tuberculeux. Ce dernier point a toujours été dans les observations où on le retrouve d'une importance considérable par la suspicion du diagnostic.

Citons 2 observations :

Mme A. (obs. 1), 32 ans,
antécédents : 8 ans avant, salpingite bilatérale et péritonite tuberculeuse.

Traitée par salpingectomie gauche, repos, héliothérapie.

Consulte pour syndrome annexiel droit.

Diagnostic de tuberculose posé.

Intervention et traitement antibiotique.

L'histologie montre la nature tuberculeuse de la lésion.

Mme E. (obs. 34), 31 ans,
antécédents : annexectomie droite pour pyosalpinx tuberculeux,
2 ans avant.

Consulte pour syndrome annexiel aigu.

Toucher vaginal : grosse masse latéro-utérine gauche, douloureuse.

Le diagnostic de pyosalpinx tuberculeux est posé. Il sera confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire.

TRAITEMENTS ET RESULTATS

- Traitement médical isolé :

par antibiotiques seuls 30 cas

par antibiotiques + cortancyl 4 cas

par antibiotiques + tuboclyses 6 cas (dont 3 après
cortancyl)

- Traitement chirurgical isolé :

sans diagnostic de tuberculose 3 cas

. hysterectomie : 2 (dont 1 pour cancer).

. annexectomie : 1

avec diagnostic de tuberculose..... 12 cas

. Hysterectomie : 3.

. Annexectomie : 4.

. Salpingectomie : 1.

. Plastie tubaire : 2.

. Autres raisons: 1 (myome),
1 (kyste de l'ovaire).

- Traitement chirurgical après traitement médical :

pour plastie au cours du traitement 5 cas.

pour complément au cours ou après échec

du traitement médical 6 cas.

(4 cas de reprise du traitement en post-
opératoire).

pour raisons annexes 1 cas.

(découverte d'un cancer).

- Résultats :

Arrêt du processus tuberculeux mais, aucun cas de grossesse
post-thérapeuthique.

TRAITEMENTS ET RESULTATS.

La première observation retenue remonte à Juin 1951. A cette époque déjà, l'ère de la chirurgie systématique pour tuberculose génitale avait vécu grâce à l'emploi de la streptomycine. Depuis la thérapeutique s'est enrichi d'autres produits : d'abord le P.A.S., ensuite l'I.N.H., et enfin le Trecator et la Pasiniazide. Par leur association, le traitement médical offre actuellement une possibilité efficace de lutte antibacillaire.

LE TRAITEMENT MEDICAL ISOLE a été employé dans 37 cas (57,7 %), toujours à partir d'un même schéma thérapeutique (établi en collaboration avec le service du Professeur Kourilsky), et durant plusieurs mois :

- Streptomycine : 1 g/j / 15 j.
1 g/tous les 2 jours / 15 jours.
enfin 1 g/ 2 fois par semaine.
- Rimifon : 300 à 450 mg / j.
- P.A.S. : si hospitalisation : 1 flacon I.V./j/10 j.
puis B.P.A.S. : en moyenne 12/ j.
Insufflations : après plusieurs du traitement, une à deux par cycle avant l'ovulation, dix à quinze au total.
- Pasiniazide : 100 mg/kg/j à la place de streptomycine + Rimifon
à partir du 8ème mois et pendant plusieurs mois.
- Trecator : 1 suppositoire par jour en complément.

En fait les seules variations importantes, au cours des années résident dans l'adjonction au traitement classique :

- de cortancyl : (particulièrement lorsqu'il existe une importante réaction inflammatoire associée) après 1 mois de traitement antibiotique :

25 mg/j/1ère semaine - 20 mg/j/2ème semaine -

15 mg/j/3ème semaine - 10 mg/j/4 j. -

5 mg/j/3 j. (avec relance de la surrénale par l'A.C.T.H. au 20ème jour). 4 observations (2-26-63-64).

- de tuboclyse : après plusieurs mois de traitement antibiotique ou après plastie, avec le mélange de :

- Tifomycine
- Alphachymotrypsine
- Hydrocortisone.

tous les 3 - 4 jours entre les règles, et jusqu'à un total de 20 injections.

L'abandon de la streptomycine dans la composition du mélange est liée :

A son action scléro-sténosante sur les trompes. Bien que ce fait ne soit pas prouvé, l'expérience des phtysiologues et urologues sur ce sujet a paru suffisante.

Au fait qu'une dose très faible (3 à 5 g) suffit parfois à stériliser un endomètre, sans pour autant assurer la guérison. (Dalsace, Halbrecht, Sutherland).

Dans la durée du traitement (les posologies journalières restant les mêmes) :

- en moyenne de 8 mois jusqu'en 1959.

- actuellement 1 an et d'avantage.

Ceci s'explique par la constatation de meilleurs résultats obtenus.

Dalsace a noté pour sa part :

11 cas de G.E.U. après 6 mois de traitement,

2 cas de grossesse allant jusqu'à terme, après 1 an de traitement.

Les tests de surveillance et de guérison sont comme le diagnostic basés sur la clinique et les examens complémentaires (à signaler l'intérêt de l'étude de la vitesse de sédimentation).

Les modifications successives des images radiologiques en sont un des éléments essentiels (Dalsace, Ekengreen). La guérison est par contre beaucoup plus difficile à affirmer ; le seul critère valable étant le retour définitif à la normale de tous les résultats du bilan. Or, malgré la fréquence de plus en plus importante des cas très favorables, il n'en demeure pas moins, que trop souvent encore le bilan final ne montre que l'arrêt de l'évolution et de l'existence de séquelles plus ou moins importantes, ne permettant pas d'affirmer l'extinction complète du processus tuberculeux.

L'étude histologique des parties atteintes pourra, seule donner une certitude. Avant de citer un exemple typique de ce traitement, il nous faut noter qu'aucun cas de grossesse n'a été enregistré dans les cas observés.

Mme S. (obs. 22), 31 ans, primo-infection à 17 ans, consulte pour stérilité I.

B.E. : tuberculose endométriale et réaction inflammatoire très importante.

H.S.G. : trompes en canne de golf.

Traitement médical :

- streptomycine : 100 g dans les 8 premiers mois

- rimifon : 400 mg/j " "

- B.P.A.S. : 12 g/j " "

- cortancyl pendant le 2^e mois : total de 475 mg.

Après 8 mois de ce traitement, et 15 tuboclyses,

B.E. : pas de tuberculose.

H.S.G. : trompes rigides, mais passage aux 2 pavillons, pas de brassage péritonéal.

Prolongation du traitement jusqu'à 18 mois par

Pasiniacide : 600 mg/j.

Après 12 mois de traitement :

H.S.G. : passage tubaire, mais brassage péritonéal médiocre, aspect grenu de la trompe droite, rigide de la trompe gauche.

Après 18 mois de traitement :

H.S.G. : passage tubaire, brassage péritonéal reste médiocre. Aspect rigide manifestement scléreux des trompes.

Arrêt du traitement : pronostique des plus sombre quant à la fertilité.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL a été employé dans 27 cas de nos observations, 24 après diagnostic de la tuberculose génitale, dont 12 après ou au cours du traitement médical.

Ce sont ces derniers qui ont retenu notre attention, car ils situent :

- le problème de l'emploi des plasties comme traitement de la stérilité post-tuberculeuse.

- la possibilité d'échec du traitement médical, obligeant à recourir à la chirurgie.

La pratique de la plastie tubaire est très discutée, et considérée même par certains auteurs comme devant être abandonnée (Brest). Dans nos observations de ces deux dernières années, nous avons pu noter quelques cas où son emploi a nettement amélioré l'état des trompes, mais le recul nécessaire nous manque pour en tirer les conclusions, car à ce jour, aucun cas de grossesse, n'a pu être noté.

La chirurgie d'exérèse est intervenue plusieurs fois après échec du traitement médical. Nous citerons 1 cas particulièrement probant :

Mme T. (obs. 47), 24 ans, consulte pour stérilité I

H.S.G. ; pas de passage tubaire.

B.E. : Follicules giganto-épithéloïdes.

Toucher vaginal : masse annexielle bilatérale.

Après un traitement de 8 mois :

Coelioscopie : persistance d'un pyosalpinx bilatéral.

Intervention : salpingectomie.

A l'histologie : tuberculose chronique encore évolutive.

CONCLUSIONS

Depuis la puberté jusqu'à la vieillesse, la femme peut être atteinte de tuberculose génitale.

Plus fréquente en période sexuelle, cette maladie est souvent secondaire à une primo-infection plus ou moins lointaine.

Le pronostic vital n'est, d'une façon générale, pas engagé, contrairement à l'avenir obstétrical qui semble souvent compromis. Toutefois, l'apport des examens complémentaires pour un diagnostic précoce, et les thérapeutiques actuelles laissent espérer, dans un proche avenir, une modification sensible du pronostic fonctionnel.

Vu, le Président de Thèse
Professeur M. LEFAGE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

BRET et LEGRAS : Tuberculose utéro-annexielle.
Masson, édit, Paris 1956.

DALSACE et GARCIA - CALDERON : Gynécologie radiologique.
Delachaux et Niestlé, édit, Paris 1954.

DALSACE : L'hystérographie aux organo-iodés hydrosolubles.
Colloque de la fonction tubaire, Paris 7, 1955.

DALSACE : La tuberculose génitale inapparente.
Gaz. méd. de France, 62, 13, p. 1071.

DALSACE : Streptomycine et tuberculose de l'endomètre.
Société Française de gynécologie, oct. 1961.

EKENGREEN : Radiologie et tuberculose utéro-tubaire.
Colloque sur la fonction tubaire
Masson, édit, juillet 1955, p. 287.

EKENGREEN : Diagnostic radiologique de la tuberculose génitale de la femme et aspect radiologique de l'antibiothérapie.
Acta. Radiol, supp. 123, 1955.

HALBRECHT : La tuberculose latente des organes génitaux féminins sa fréquence et son importance comme cause de stérilité chez la femme.
Schweiz. Mediz. Wochen, 76, 31 Aout 1946 p. 708.

HALBRECHT : La tuberculose latente chez la femme.
Gynocologia, 136, 6, décembre 1953.

HALBRECHT : La streptomycine dans la tuberculose latente de l'endomètre.
Lancet, 260, 6, 646, p. 85.

- HALBRECHT : Le diagnostic de la tuberculose génitale de la femme par les cultures des sécrétions vaginale.
Colloque sur la fonction tubaire.
Masson, édit, Juillet 1955.
- HOEFFEL + VALLEE et MICHEL : Intérêt de la radiologie dans la tuberculose utéro-annexielle.
La France médicale Août 1962.
- JAMES et BORY : Fausse négativité des biopsies de l'endomètre.
Concours médical Avril 1962.
- KELLER : L'examen du sang menstruel comme moyen de diagnostic dans la tuberculose génitale.
Geburt. Und Fraven, cahier 3, mars 1954.
- KIRCHOFF : Sur le diagnostic de la tuberculose génitale par l'examen du sang menstruel.
Geburt. Und Fraven, 2, cahier 8, Août 1951.
- LAFFONT : Tuberculose de l'endomètre traitée par l'hydrazide de l'acide nicotinique.
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 5, 2, 1953.
- MAYER (M.) : Etude statistique et clinique de la tuberculose génitale à la maternité de l'Hopital Saint-Antoine, 1951 - 1960.
Congrès de la société canadienne de médecine thoracique, Montréal, juin 1961.
- MAYER (M.) et CAMENEN : Etude statistique de la stérilité à la maternité de l'Hopital Saint-Antoine 1951 - 1959.
Rapport.
- MAYER (M.) et LIEVAUX : L'étude des leucorrhées en dehors de la grossesse.
A propos de 500 cas.
Gynécologie et obsétrique, tome 59 n°1, P. 12.
- NETTER : Gynécologie Flammarion édit.
- PALMER : Indications et résultats de la coelioscopie dans la stérilité tubaire.
Colloque sur la fonction tubaire.
Masson, édit, Juillet 1955, p. 204.

PALMER : Les renseignements de la coelioscopie dans les tuberculoses génitales latentes chez la femme.

Gaz. Méd. de France, 62, 13, juillet 1955, p. 1075.

RABAU + HERMAN et CASPER : Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la tuberculose de l'endomètre.

Gynécologia, 127, 4, Avril 1949.

SUTHERLAND : Le traitement de la tuberculose de l'endomètre par la streptomycine et le P.A.S.

J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 61, 5, octobre 1954.

